

Competências do enfermeiro de cuidados gerais em Cuidados de Saúde Primários

Virgínia Guedes¹, João Apóstolo² & Maria Henriqueta Figueiredo³

¹ ACES Tâmega I - Baixo Tâmega, ARS Norte, Enfermeira.

² Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Professor adjunto.

³ Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor coordenador.

Autor correspondente: **Virgínia Guedes** (guedes.vir@gmail.pt)

Resumo

Enquadramento: A ideologia dos cuidados de saúde primários está claramente presente nos princípios norteadores da enfermagem, representando desta forma um contexto favorável ao desenvolvimento das competências da profissão. Este estudo pretende verificar de que forma as competências do enfermeiro de cuidados gerais são compreendidas e concretizadas ao nível dos cuidados de saúde primários. **Metodologia:** É um estudo exploratório-descritivo de natureza quantitativa numa amostra de 46 enfermeiros de cuidados gerais a trabalhar em cuidados de saúde primários, cujos dados foram recolhidos através de um questionário. **Resultados:** Verificamos que existe uma relação significativa entre a compreensão teórica do significado da competência e a sua concretização. As competências mais concretizadas relacionam-se com o domínio da prática profissional, ética e legal, operacionalizadas através de intervenções ligadas à protecção do direito do cliente, à gestão do processo clínico, à informação adequada ao cliente sobre as intervenções realizadas e actuação de acordo com linhas de orientação preestabelecidas. As competências menos concretizadas relacionam-se com a participação em programas de melhoria contínua da qualidade e actuação em situações de catástrofe. **Conclusão:** A compreensão dos conteúdos ligados a cada uma das competências é um factor preditivo à concretização das mesmas. No entanto, deverão estar também outros factores associados às variações dos resultados, uma vez que a competência é um processo dinâmico que resulta da biografia do sujeito, formação e situação profissional.

Palavras-chave: Competências; Enfermeiro de Cuidados Gerais; Cuidados de Saúde Primários.

Abstract

The ideology of primary health care is clearly present in the guiding principles of nursing, thus representing an environment conducive to developing the skills of the profession. This study aims to verify how the skills of the general nurse are understood and implemented at the level of primary health care. An exploratory descriptive study of quantitative nature comprising a sample of 46 general care nurses working in primary health care, and data were collected through a questionnaire based on the framework of the responsibilities of general nurse set by the Council of Nursing and the Portuguese Nursing Council in 2003. There was a significant relationship between the theoretical understanding of the meaning of skills and its achievement. The skills achieved are more related to the field of professional practice, ethical and legal, operationalized through interventions related to the protection of customers rights, the management of clinical processes, adequate information to customers about the interventions and actions in accordance with pre-established guidelines. The skills achieved are less related to participation in programs of continuous quality improvement and performance in disaster situations. Understanding the meaning of each skills proves to be an important factor for its achievement. However, other factors should also be associated with variations in the results, since competence is a dynamic process that results from the subject's biography, education and professional situation.

Keywords: Skills; general care nurse; Primary Health Care.

Enquadramento teórico do tema e finalidade da comunicação

O conceito de Cuidados de Saúde Primários (CSP) foi pela primeira vez definido na Conferência de Alma-Ata (1979) como “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade (...), no espírito de autoconfiança e autodeterminação” (Conferência de Alma-Ata 1978, p. 2). Estes são orientados por princípios de acessibilidade, globalidade, coordenação, longitudinalidade (Starfield 1998, cit. por Santana e Costa 2008, p. 32), equidade, solidariedade e responsabilidade (OMS 2002), sempre considerando a saúde como direito fundamental.

Em Portugal os CSP estão atualmente organizados numa estrutura de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) (Decreto-Lei n.º 28/2008) que são serviços públicos de autonomia administrativa constituídos por um ou mais Centros de Saúde (CS), que têm como missão garantir a prestação de CSP à população de uma dada área geográfica. São constituídos por unidades funcionais tais como Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

Deste modo, a prática de enfermagem ao nível dos CSP integra os seus princípios refletindo-se na prestação de cuidados ao indivíduo, família e comunidade, do nascimento até à morte, no sentido de promover, melhorar, manter ou restaurar a sua saúde (ICN 2008).

A Declaração de Munique tornou-se também num marco por enfatizar o papel do enfermeiro no contexto dos CSP, em especial nos cuidados centrados na família, levando assim ao desenvolvimento do papel do enfermeiro de saúde familiar (OE 2000). Em Portugal, após

a subscrição desta declaração pela Ordem dos Enfermeiros (OE), surge o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo 2012), como uma abordagem contributiva à prática de cuidados de saúde primários centrados no sistema familiar.

Tendo em conta os conceitos de essencialidade, longitudinalidade, globalidade e integridade que caracterizam os cuidados de enfermagem no âmbito dos CSP, consideramos que estes são princípios que contribuem para o desenvolvimento de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

O conceito de competência pode definir-se como um processo que resulta da combinação pertinente de vários recursos para saber gerir uma situação profissional (Boterf 2000). Este é influenciado por vários fatores que podem ser agrupados na biografia do sujeito, situação de formação e situação profissional (Boterf 2000).

Patrícia Benner (2001) explica que este processo, na profissão de Enfermagem, pode desenvolver-se em cinco estados: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito, sendo que o enfermeiro competente trabalha no mesmo serviço há 2/3 anos, apercebe-se dos seus atos a longo prazo, é capaz de realizar um plano que estabelece uma perspetiva consciente, abstrata e analítica e é capaz de fazer frente a vários imprevistos (Benner 2001).

Com base no modelo de Benner (2001), no enquadramento concetual dos cuidados de enfermagem, nos enunciados descritivos dos Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE 2001) e num conjunto de competências incluídas numa proposta do International Council of Nurses (ICN), após uma série de trabalhos, a OE publicou em 2003 o Referencial de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Este documento integra 96 competências agrupadas em três grandes domínios: prática profissional, ética e legal; prestação e gestão dos cuidados; e desenvolvimento profissional, que “referem um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo o ajuizar” (OE 2003, p. 16).

Sendo a competência um processo multifatorial e os CSP um contexto subjetivo, torna-se importante conhecer de que forma os enfermeiros o experienciam. Com base no Referencial (OE 2003), pretendemos com este estudo descrever quais as competências mais e menos compreendidas, as competências mais e menos concretizadas pelo enfermeiro de cuidados gerais em CSP, bem como identificar ações que concretizam as mesmas.

Metodologia

Estudo de natureza exploratório-descritiva, de abordagem quantitativa.

Os participantes foram um grupo de 46 enfermeiros de cuidados gerais de cuidados gerais a trabalhar num ACES do distrito do Porto há pelo menos dois anos (Benner 2001).

Como variáveis do estudo foram definidas: o nível de compreensão (atribuição de significado), o nível de concretização (prática efetiva) e as ações que concretizam as competências.

Como instrumento de colheita dos dados foi utilizado um questionário composto por uma escala tipo *Likert*, com variação entre 1 e 3, aplicada às duas variáveis, com base no Referencial de competências (OE 2003) e 96 espaços de resposta aberta nos quais os enfermeiros descreveram uma ou mais ações que operacionalizam as competências com níveis de concretização mais

altos (entre 2 e 3 segundo a escala). A escala revelou uma boa consistência interna, com valores de alfa de Cronbach a oscilarem entre 0,831 e 0,965 nos três domínios e de 0,971 no total.

O tratamento dos dados foi realizado através do programa informático SPSS 16.0 com uma análise estatística descritiva, e através de técnicas de análise de conteúdo (Bardin 2009).

Análise dos resultados

No que diz respeito à variável compreendo, as competências mais compreendidas foram as 34 – *Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspetiva holística que tem em vista as múltiplas determinantes da saúde* (média=2,98), 49 – *Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou os cuidadores* (média = 2,97) e 63 – *Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara* (média= 2,97). Todas estas competências pertencem ao domínio de *Prestação e gestão dos cuidados*.

As competências com menor nível de compreensão foram as 31 – *Demonstra compreender os planos de emergência para uma situação de catástrofe* (média=2,29), 81 – *Utiliza uma série de estratégias de suporte quando supervisa aspetos dos cuidados delegados ao outro* (média = 2,36), 27 – *Demonstra compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde* (média = 2,37) e 39 – *Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades* (média= 2,37).

Relativamente à variável concretizo, as competências com maior média foram as competências 8 – *Respeita o direito dos clientes no acesso à informação* (média = 2,89), 9 – *Garante a confidencialidade e segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional* (média = 2,89) e 17 – *Prática de acordo com a legislação aplicável* (média = 2,89).

As competências com menor média nesta variável foram as 90 – *Participa em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade* (média = 2,02), 57 – *Responde eficazmente em situações de emergência e catástrofe* (média = 2,07), 31 – *Demonstra compreender os planos de emergência para uma situação de catástrofe* (média = 2,15) e 81 – *Utiliza uma série de estratégias de suporte quando supervisa aspetos dos cuidados delegados ao outro* (média = 2,15).

Analizando os resultados relativamente à média das competências com compõem cada domínio, verificamos que a *Prática profissional, ética e legal* apresenta simultaneamente maiores níveis de compreensão (média=2,87) e de concretização (média=2,72). O domínio *Prestação e gestão dos cuidados* apresenta simultaneamente menores níveis de compreensão (média=2,74) e de concretização (média=2,55).

Através do cálculo do coeficiente de Spearman, verificou-se que existe uma correlação positiva entre estas variáveis. Analisando os três domínios, verifica-se que a correlação média varia entre 0,453 e 0,696, sendo mais forte no domínio *Prestação e gestão dos cuidados*.

Da análise de conteúdo resultaram um total de 47 categorias. Estas traduzem as ações que concretizam as competências. Tendo em conta as competências mais concretizadas, verificamos que a competência 8 (*Respeita o direito dos clientes no acesso à informação*) é concretizada através de ações de *Proteger o direito do cliente*, *Informar o cliente sobre intervenções*, *Adequar informação ao cliente* e *Informar o cliente sobre cicatrização da ferida*; a competência 9 (*Garante a confidencialidade e segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional*) é

concretizada através de ações de *Proteger direito do cliente* e *Gerir o processo clínico*; a competência 17 (*Prática de acordo com a legislação aplicável*) é concretizada através de ações de *Atuar de acordo com linhas de orientação* e *Vacinar de acordo com linhas de orientação*.

Discussão dos resultados

Dada a correlação positiva entre as duas variáveis verificamos que a compreensão influencia positivamente a concretização das competências. Considerando que o *saber compreender* é um teórico que se adquire ao nível da formação formal (inicial e contínua) (Boterf 2000, p. 145), os resultados relativos às competências mais compreendidas poderão evidenciar maiores níveis de saber teórico relativamente a conceitos relacionados com *perspetiva holística, estabelecimento de prioridades e tratamento de informação clara*.

Da mesma forma, menores níveis de compreensão das competências relacionadas com *planos de emergência e catástrofe, estratégias de supervisão, delegação de cuidados* e *direito do cliente* poderão sinalizar menores saberes teóricos relativos a estes conteúdos.

As competências mais concretizadas pertencem ao domínio *Prática profissional, ética e legal*. As ações descritas para a concretização destas competências integram conteúdos do código deontológico e do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), nomeadamente os conceitos de *dignidade, privacidade, confidencialidade* e *direitos humanos*, o que traduz uma grande influência ético-deontológica na prática do enfermeiro de cuidados gerais em CSP.

Os resultados relativos às competências menos concretizadas evidenciam a existência de outros fatores, que não só o conhecimento teórico, a influenciar estes resultados, uma vez que a correlação entre as variáveis não é perfeita. Assim, a menor prática de competências relacionadas com *melhoria contínua da qualidade, processos de garantia da qualidade, atuação em situações de emergência e catástrofe* e *compreensão de planos de emergência e catástrofe* poderá estar relacionada com fatores pessoais relativos aos enfermeiros e aspetos relacionados com o contexto de trabalho.

Conclusões

O conhecimento teórico (situação de formação) é um fator preditivo concretização das competências, mas não determinante. Fatores relacionados com a biografia do sujeito e o contexto de trabalho influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro de cuidados gerais em CSP.

O domínio da Prática profissional, ética e legal detém as competências mais compreendidas e concretizadas pelo enfermeiro de cuidados gerais em CSP.

Analisar a compreensão e concretização das competências do enfermeiro, bem como as ações que orientam as suas práticas, poderá ajudar na deteção de necessidades de formação, melhorar a visão no processo de avaliação, desenvolver estratégias organizativas nos contextos de trabalho e promover a autoavaliação, reflexão, análise e distanciamento dos enfermeiros das suas práticas, o que fomenta o contínuo desenvolvimento de competências.

Referências bibliográficas

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 4.^a ed. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BENNER, P. *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.
- BOTERF, G. *Compétence et navigation professionnelle*. Paris: Editions d'Organization, 2000.
- Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata*. Alma-Ata, 6-12 setembro, 1978.
- Conferência Internacional A Enfermagem de saúde familiar, contexto, quadro conceptual e currículo*. 2.^a Conferência da OMS para a Enfermagem Obstétrica. Munique, 15-17 junho, 2000.
- DECRETO-LEI n.º 161/96 D. R. I Série A de 9 de abril. *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Ministério da Saúde, pp. 2959-62.
- DECRETO-LEI n.º 28/2008. D. R. I Série 38 de 28 de fevereiro. *Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)*. Ministério da Saúde, pp. 1182-89.
- FIGUEIREDO, M. *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lisboa: Lusociência, 2012.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *Servir a comunidade e garantir a qualidade: Os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008.
- LEI n.º 111/2009. D. R. I Série 180 de 16 de setembro. *Código Deontológico dos Enfermeiros*. Lisboa, Ministério da Saúde, pp. 6528-50.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: OE, 2001.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Concelho de Enfermagem. Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: OE, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Saúde 21. Saúde para todos no século XXI: Uma introdução*. Loures: Lusociência, 2002.
- SANTANA, R. e COSTA, C. A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2008, 7, 29-52.